

I° CONVEGNO REGIONALE**Incontro medici-pazienti, Piacenza 11 ottobre 2008****“Cura e riabilitazione nei pazienti affetti da LES”**

L'IDENTIFICAZIONE CON LA MALATTIA E LA COMUNICAZIONE

Il paziente lupico ed il medico di famiglia: interrogativi e risposte

Dott. Pasquale Romano



La consapevolezza della malattia e la comunicazione con il proprio corpo e con l'esterno rappresenta sicuramente uno dei momenti più

duri da vivere per il paziente affetto da LES. Di seguito alcune testimonianze:

Judy

Quando mi chiedono la diagnosi e rispondo “Rhupus” (artite reumatoide e lupus) mi guardano come se li stessi prendendo in giro. Credo di sì, io li sto prendendo in giro.

Lisa

Il Lupus è entrato nella mia vita come un ladro e l'ha portata via come un ladro arrogante e rumoroso che non si dirige mai in punta di piedi verso l'uscita

Roberto

Mi hanno detto che il lupus è roba da donne e poi me l'hanno diagnosticato. Dopo mi hanno detto che anche l'artrite reumatoide colpisce le donne. Io adoro le donne; così ho preso tutt'e due le malattie.

“Il Lupus può essere qualunque cosa”, così nel 1900 Sir William Osler identificava la malattia probabilmente perché i sintomi erano talmente diversi da paziente a paziente che non aveva avuto la possibilità di catalogarla in modo preciso.

Oggi fortunatamente tutto è cambiato con la possibilità di test diagnostici e possibilità terapeutiche anche se spesso la malattia non viene riconosciuta in tempi brevissimi e questo talvolta può comportare dei problemi.

Identificherei un primo livello di intervento o approccio alla malattia attraverso il medico di famiglia che si trova davanti un paziente con sintomi eclatanti oppure sintomi più subdoli con il rischio molto spesso di sottovalutarli o addirittura di misconoscerli.

Ritengo che per evitare questo rischio sia assolutamente necessario conoscere ed applicare “il counseling in medicina generale” basato su tre elementi di base:

- Informare il paziente
- Comunicare con il paziente
- Consigliare il paziente

Il counseling prevede l'utilizzo di un percorso che guida il paziente a una scelta

responsabile attraverso l'informazione, la comunicazione e i consigli pratici e questo vuol dire impostare una medicina generale di iniziativa e non di attesa. Per realizzare questa progettualità secondo la mia esperienza è necessario organizzare lo studio medico ed il proprio lavoro secondo modalità di condivisione non solo con altri colleghi ma anche con il personale di studio e infermieristico nelle forme più complesse come la medicina di rete o la medicina di gruppo

Solo una organizzazione diversa della medicina generale ci permetterà di dedicare uno spazio di tempo sufficiente al paziente per ascoltare e discutere. Inoltre l'iniziativa sul counseling si realizza sulla base della convinzione del MMG di avere a disposizione strumenti diagnostici, terapeutici e procedure consolidate che assicurano l'efficacia e la sostenibilità dell'intervento.

In questo senso vanno superati con determinazione alcuni limiti che obiettivamente il MMG si trova ad affrontare per cui ha la tendenza di affidare il paziente al 2° livello rappresentato dallo specialista ambulatoriale col rischio talvolta di perdere definitivamente il contatto con il paziente stesso. Quanti MMG affiancano il paziente andando a "ricercare", proponendo un buon counseling, coinvolgendo la famiglia fino ad arrivare ad un affiancamento sicuro? Probabilmente pochi.

Vi è inoltre la necessità poi di mettere in relazione meglio il 1° ed il 2° livello di intervento per arrivare il più rapidamente possibile ad una diagnosi precoce di LES da parte del MMG indispensabile per:

- Controllare la malattia il più presto possibile e quindi *migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita*
- Valutare la reale prevalenza e incidenza valutando *l'ampia variabilità negli studi sulla popolazione generale*

A questo proposito gli studi a nostra disposizione sulla prevalenza del LES dimostrano come le differenze sono dovute a:

- 1) aree geografiche e razze
- 2) popolazione in esame (F/M, pazienti

- ricoverati o ambulatoriali)
- 3) diagnosi da parte dello specialista o del MMG
- 4) metodi di screening (criteri ARA, questionari)

I criteri ARA per la diagnosi di LES sono i seguenti:

1. Rash malare
2. Lupus discoide
3. Fotosensibilità
4. Ulcere orali (osservate da un medico)
5. Artrite non erosiva (di 2 o più articolazioni periferiche)
6. Sierosite (pleurite o pericardite)
7. Interessamento renale (proteinuria > 0,5 g/die o cilindruria)
8. Interessamento neurologico (convulsioni o psicosi)
9. Interessamento ematologico
 - anemia emolitica
 - leucopenia (< 4000/mm³ o linfopenia < 1500/mm³)
 - piastrinopenia (< 100.000/mm³)
10. Disturbi immunologici
 - fenomeno LE positivo
 - anticorpi anti-dsDNA o anti -Sm positivi
 - falsa positività per la lue
11. Anticorpi antinucleo positivi (in assenza dell'uso di farmaci)

In realtà al fine di un sospetto diagnostico di LES la classificazione ARA è poco agevole.

E' stato pertanto proposto un questionario per lo "screening" del LES nella popolazione generale *Lupus Screening Questionnaire (LSQ)* così articolato:

- 1) Ha notato articolazioni dolenti e gonfie per oltre tre mesi?
- 2) Ha notato se le sue dita diventano pallide o insensibili al freddo?
- 3) Ha avuto ulcere nel cavo orale per più di due settimane?
- 4) Le è mai stata riscontrata anemia e/o diminuzione dei globuli bianchi e delle piastrine?
- 5) Ha avuto un notevole arrossamento

delle guance per più di un mese?

- 6) Ha mai sviluppato un evidente arrossamento cutaneo dopo esposizione al sole?
- 7) Ha mai notato un dolore durante la respirazione durato alcuni giorni?
- 8) Le è mai stata riscontrata la presenza di proteine nelle urine?
- 9) Ha notato una rapida perdita di capelli?
- 10) Ha mai avuto una crisi epilettica o convulsioni?

Modalità di somministrazione del questionario

Il questionario viene proposto dai MMG al paziente

Se il paziente risponde positivamente a 3 o più domande viene posto il sospetto diagnostico di LES

Viene effettuata la ricerca degli ANA

Se gli ANA sono positivi il paziente può essere inviato allo specialista per la conferma della diagnosi.

Con questa modalità il ruolo del MMG nella diagnosi di LES può cambiare e diventare davvero importante e significativo sviluppando il suo intervento secondo questa progressione:

- Ipotizzare precocemente la diagnosi di LES sulla base di segni clinici e dati di laboratorio
- Valutare la progressiva insorgenza di altri criteri ARA
- Collaborare con gli specialisti nella definizione della diagnosi e nella gestione del paziente
- Interagire con l'associazione dei pazienti
- Dare la propria disponibilità a studi epidemiologici

Rinnovate l'abbonamento

Le quote di iscrizione sono le seguenti:

Socio Ordinario: 20 Euro

Socio Sostenitore: 30 Euro

Socio Benemerito: 60 Euro

C.c. postale n.10773299 oppure
C.C. bancario

CARIPARMA Credit Agricole - sede di Piacenza
codice IBAN: IT 30 M 06230 12601 000002098863

E' possibile avvalersi delle agevolazioni fiscali previste per le donazioni in favore delle ONLUS. Conservi la ricevuta, sia postale che bancaria, di ogni Suo versamento a favore del Gruppo Italiano LES, potrà detrarlo con la prossima dichiarazione dei redditi. Per le offerte tramite bonifico o carta di credito l'estratto conto ha valore di ricevuta.

AGEVOLAZIONI FISCALI

Le persone fisiche possono:

dedurre dall'imposta lorda il 19% dell'importo donato a favore delle **onlus** fino ad un massimo di 2.065,83 euro (art 13 bis, commal lettera i-bis del D.p.r. 917/86).

Le imprese possono:

dedurre le donazioni a favore delle **onlus** per un importo non superiore a 2.065,83 euro o al 2% del reddito d'impresa dichiarato (art. n. 100, comma 2 lettera h del D.p.r. 91 7/86).

Oppure

L'art. 14 del D.L.35/2005, in alternativa, consente **alle persone fisiche e alle imprese** di dedurre le donazioni a favore delle **onlus** fino al 10% del reddito complessivo e comunque fino al limite di 70.000 euro.

I° CONVEGNO REGIONALE
Incontro medici-pazienti, Piacenza 11 ottobre 2008
“Cura e riabilitazione nei pazienti affetti da LES”

LUPUS ERITEMATOSO MANIFESTAZIONI CUTANEE

Dott. Stefano Donelli



Presentazione a cura di Tiziana Botti:
nel corso del Convegno regionale, inserito nelle iniziative di sensibilizzazione alla nostra patologia, dell'11 ottobre scorso, che si è svolto nella splendida e antica sala delle Colonne dell'Ospedale G. da Saliceto di Piacenza, il Dott. Stefano Donelli, Responsabile della U.O. della Dermatologia ha presentato la chiara relazione che pubblichiamo di seguito. Il Convegno si è rivelato affollatissimo di medici e infermieri, per i quali era accreditato ECM, suggerendo la necessità di estendere tali offerte formative anche alle sedi ospedaliere minori.

Lupus Eritematoso è una malattia infiammatoria cronica, ad eziologia multifattoriale, a patogenesi autoimmunologica, caratterizzata da una grande varietà di manifestazioni cliniche ad evoluzione variabile ma spesso con alternanza di esacerbazioni e remissioni.

La cute, dopo l'interessamento articolare, è l'organo più frequentemente interessato con un'incidenza di circa il 75% dei casi.

Le manifestazioni cutanee sono state classificate in specifiche caratteristiche ed esclusive del L.E. che permettono di fare la diagnosi e non specifiche quindi non esclusive che possono essere associate anche ad altre connettivopatie.

In base al tipo di lesioni ed alla storia clinica di quest'ultime si può parlare di:

- Lupus Eritematoso Cutaneo Cronico
- Lupus Eritematoso Cutaneo Subacuto
- Lupus Eritematoso Cutaneo Acuto

MANIFESTAZIONI CUTANEE SPECIFICHE

Lupus Eritematoso Cutaneo Cronico

L.E. Cutaneo Cronico è rappresentato dalla forma discoide (LED) che può presentarsi in una forma localizzata ed una forma diffusa.

Le lesioni localizzate sono caratterizzate da una o due chiazze che si presentano

nel 70% dei casi al volto e nel 30% al cuoio capelluto.

Il sesso femminile è quello più frequentemente colpito con un rapporto F/M di 3:1 e l'età media di insorgenza è intorno ai 40 anni. Le lesioni sono caratterizzate da aree eritematose, ispessite con ipercheratosi follicolare e successivamente risoluzione centrale tendente all'atrofia.

La forma generalizzata si caratterizza per la comparsa di lesione che oltre al viso si

presentano anche al terzo superiore del tronco e più raramente agli arti.

Questa distinzione appare di grande interesse clinico in quanto nelle forme circoscritte localizzate il coinvolgimento sierologico è frequente e può essere il segno di un coinvolgimento sistemico, mentre nelle forme circoscritte assai raro.

I pazienti, soprattutto quelli con la forma generalizzata di LED, possono talora manifestare alcune alterazioni a livello della cute che circonda la lamina ungueale rappresentate da eritema e telengectasie che talvolta si possono associare a piccole emorragie puntiformi (Fig.1).

Queste modeste ed asintomatiche lesioni periungueali devono essere attentamente ricercate in quanto il loro rilievo rappresenta molto frequentemente un indice prognostico ed evolutivo di particolare gravità (LED nel 10% dei casi rappresenta la manifestazione d'esordio del LES).



(FIG. 1)

Lupus Eritematoso Cutaneo Subacuto

Il Lupus Eritematoso Cutaneo Subacuto (LECS) interessa quasi esclusivamente le donne (20-40 anni) e si associa ad elevata fotosensibilità. Nel 90% dei casi si ha positività degli Ab anti Ro/SSA e nel 50% degli Ab anti La/SSB.

Forme anulari (73%) localizzate al décolleté, al dorso ed al volto con tendenza alla risoluzione centrale e guarigione senza cicatrice FIG. 2.



(FIG. 2)

Forme ipercheratosiche (27%) localizzate alle zone fotoesposte con aspetto ipercheratosico simil-psoriasico.

Spesso si possono avere associazioni con altre patologie: Morbo di Sjogren, Artrite Reumatoide, Porfiria cutanea tarda, sindrome di Sweet.

Alcuni farmaci possono determinare lesioni cutanee tipo LESC (TIAZIDI, PIROXICAM, PENICILLAMINA, CARBAMAZEPINA, GLIBURIDE, ALDACTONE, GRISEOFULVINA, PROCAINAMIDE).

I pazienti con LECS hanno solo raramente prognosi grave infatti il coinvolgimento sistemico è presente nel 20% dei casi con prevalente interessamento Renale e del Sistema Nervoso Centrale.

Lupus Eritematoso Cutaneo Acuto

Il Lupus Eritematoso cutaneo acuto, nelle sue diverse varietà cliniche, si riscontra esclusivamente nelle fasi di attività di un Lupus Eritematoso Sistemico.

L'eritema malare a farfalla è la forma clinica più comune, interessa le regioni zigomatiche, è caratterizzato da una rapida insorgenza e non di rado è fotodipendente (Fig.3)

Molto più raro è il quadro cutaneo caratterizzato dalla comparsa di chiazze eritematose multiple associate ad una compo-

nente infiltrativa e localizzate al volto, agli arti ed al terzo superiore del tronco.



(FIG. 3)

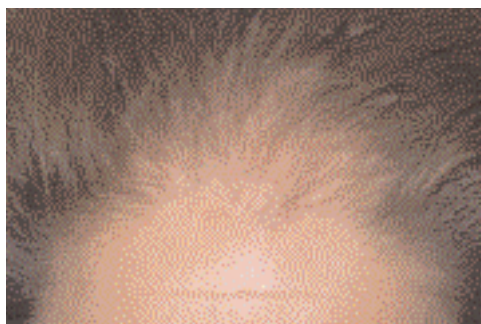
MANIFESTAZIONI CUTANEE NON SPECIFICHE

Le manifestazioni cutanee non specifiche e quindi non esclusive e non diagnostiche per il lupus eritematoso possono trovarsi nel corso di altre malattie del connettivo. Tuttavia queste manifestazioni si

riscontrano abitualmente nelle forme di L.E. con coinvolgimento sistemico e spesso nelle fasi di attività della malattia.

L'orticaria vasculite è la forma più comune, la porpora palpabile è un'altra forma di frequente riscontro.

L'interessamento dei piccoli vasi determina la comparsa di piccole ulcerazioni prevalentemente alle dita delle mani; l'alopecia è un'altra comune lesione non specifica che può accompagnare il L.E. nella sua fase attiva tendendo a risolversi nella remissione della malattia (fig.4)



(FIG.4)

PARTECIPATE ALLA STESURA DI ICARO.
INVIATECI LE VOSTRE STORIE E VOSTRI SUGGERIMENTI.

SE DESIDERATE CHE LE VOSTRE GENERALITÀ,
IL VOSTRO INDIRIZZO, NUMERO DI TELEFONO
E RECAPITO E-MAIL SIANO PUBBLICATE SU ICARO,
È NECESSARIO CHE CI AUTORIZZIATE ESPRESSAMENTE,
CON DICHIARAZIONE RESA IN TAL SENSO IN CALCE
ALLA VOSTRA LETTERA.



I° CONVEGNO REGIONALE
Incontro medici-pazienti, Piacenza 11 ottobre 2008
“Cura e riabilitazione nei pazienti affetti da LES”

PROGETTO E PROGRAMMA RIABILITATIVO NEL LES

Dott. Roberto Antenucci

Presentazione a cura di Tiziana Botti:

nella mattinata di sabato 11 ottobre 2008, presso la Sala Colonne dell'Ospedale Civile di Piacenza si è svolto il Convegno su: “Cura e Riabilitazione nei pazienti affetti da Lupus



Eritematoso Sistemico”. L'incontro è stato organizzato dal Dipartimento della Non Autosufficienza e Riabilitazione in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Generale e col Gruppo Piacentino LES ed è stato il primo del genere nella nostra città. Si è inserito peraltro in un filone già tracciato negli ultimi due anni con altri Corsi e Convegni già realizzati su altre Malattie Reumatologiche (Artrite Reumatoide, Sclerodermia). Il periodo scelto per il convegno non è casuale, in quanto tradizionalmente il mese di ottobre, a livello nazionale, è proprio il mese di sensibilizzazione su questa patologia. Il Convegno, ben riuscito sotto l'aspetto organizzativo e dei contenuti, ha visto la partecipazione di pazienti che sono stati direttamente a confronto con medici ospedalieri (fisiatra, reumatologo e dermatologo) e del territorio (medico di base), approfondendo le problematiche più importanti e verificando i percorsi di cura più adeguati al fine di ottenere risposte concrete e rapide ai propri bisogni.

Proponiamo un estratto del tema trattato dal fisiatra dott. Roberto Antenucci, che lavora presso le U.O di Riabilitazione degli Ospedali di Piacenza e Borgonovo Val Tidone.

PROGETTO E PROGRAMMA RIABILITATIVO NEL LES

Nei libri di Reumatologia difficilmente si trova la parola Riabilitazione: negli ultimi anni questa ha però assunto una particolare importanza. La terapia medica, sintomatica e di fondo, è in grado di contrastare l'evoluzione della malattia, ma è inadeguata nel ripristinare i danni che si sono instaurati e nel ridurre la disabilità che si è prodotta. Il trattamento riabilitativo deve quindi

essere precoce, preventivo ed adeguato e nelle sue diverse modalità applicative è un elemento terapeutico insostituibile, per questo occorre un lavoro coordinato tra i vari specialisti.

Vi sono ancora alcuni luoghi comuni:

- Parlando di riabilitazione nelle malattie reumatiche è facile limitarsi a pensare alla riabilitazione riferita all'articolazione colpita dalla malattia
- Si rischia di perdere di vista la persona nella sua individualità e complessità

• E' quindi fondamentale prendere in considerazione il corpo nella sua globalità

E' prioritario lavorare in gruppo per diversi motivi:

- per curare efficacemente un malato cronico, oggi non è più sufficiente limitarsi alla corretta interpretazione dei segni e sintomi clinici della sua malattia e/o alla prescrizione di farmaci o di altri rimedi.

- un approccio terapeutico completo implica che tra curante e paziente si stabilisca una vera e propria alleanza terapeutica.

- per i curanti, la necessità di creare solide relazioni umane nasce dai costanti rapporti che il loro lavoro li obbliga ad intrattenere non solo con i pazienti e le loro famiglie, ma anche con tutte le altre figure, professionali e non, che gravitano loro intorno. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ci ricorda che *"...l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita"*.

Collaborare significa condividere speranza, impegno, difficoltà, problemi, preoccupazioni, obiettivi e progetti

Vi possono essere ostacoli alla comunicazione ed alla collaborazione: barriere culturali, linguistiche, emotive, scarsa motivazione, pregiudizi, difficoltà organizzative, economiche e logistiche, ma anche una formazione alla relazione e una capacità di ascolto insufficienti

Quindi ogni professionista sanitario, per stabilire una relazione comunicativa e cooperativa efficace con il malato e la sua famiglia, deve dotarsi di una seria competenza professionale



Ma occorre il fondamentale contributo di chi è più spesso a contatto con il malato: il Medico di Medicina Generale.

Occorre una "Riabilitazione Globale":

- Significa considerare sia la componente fisica, sia quella psichica, sia quella sociale
- Le malattie croniche accompagnano il paziente per tutta la vita e ne "riempiono" ogni aspetto: personale, familiare, scolastico, sociale, lavorativo, tempo libero....
- Occorre rimodulare la propria vita anche in rapporto a cambiamenti indotti dalla malattia talvolta imprevedibili e drammatici
- La presa in carico del riabilitatore, e più in generale dei "curanti", deve essere tempestiva, efficiente, efficace, continua, empatica
- Si tratta il paziente nella sua complessità e non la malattia in quanto tale
- Occorre rendere la persona "consapevole" coinvolgendolo nelle scelte diagnostiche e terapeutiche
- E' importante un'attività educativa dei problemi e delle prospettive che riguardano il convivere con una malattia cronica ed insidiosa, non guaribile ma comunque oggi assolutamente trattabile
- Ciò consente di ottenere risultati eccellenti

lenti, con piena soddisfazione sia del personale sanitario che dei malati di LES

La Riabilitazione prevede un Progetto che si declina negli specifici Programmi.

Le Linee Guida Ministeriali per le attività di Riabilitazione (1998) ci ricordano infatti che:

“In Medicina Riabilitativa la presa in carico avviene obbligatoriamente mediante la realizzazione del progetto di riabilitazione, mentre i singoli interventi vengono realizzati nell’ambito di specifici programmi terapeutici”

Nella Riabilitazione del LES in particolare occorre porsi specifici obiettivi:

- Ridurre o comunque controllare il dolore
- Prevenire/contrastare le deformità articolari (es. nella sindrome di Jaccoud)
- Prevenire/contrastare le retrazioni muscolo-scheletriche
- Raggiungere e mantenere la massima funzionalità articolare
- Prevenire l’ipotrofia muscolare
- Prevenire l’osteoporosi
- Recuperare la funzionalità del “gesto quotidiano”
- Recuperare i corretti schemi motori e corporei
- Ridurre i problemi causati dal danno secondario
- Evitare l’instaurarsi dei danni terziari
- Migliorare il trofismo a livello del tessuto connettivale
- Migliorare la funzione respiratoria
- Valutare l’opportunità di ausili compensatori o sostitutivi, per il pz. e/o per l’ambiente domestico, per migliorare l’autonomia

Tali obiettivi devono essere mirati in ogni fase evolutiva della malattia.

Indispensabile nella presa in carico del paziente la Valutazione di cui occorre considerare 2 aspetti:

- Distrettuale: in particolare il danno relativo alla mano (es.: sindrome di Jaccoud)
- Globale, a sua volta distinto in:
 - dolore
 - forza muscolare
 - range articolare (ROM)
 - pattern (schemi) di movimento

- analisi posturale (assi corporei sui diversi piani, nelle diverse posizioni, in carico e in scarico)

- organizzazione del gesto
- autonomia nelle ADL

Per valutare si utilizzano diverse Scale:

- Sono tante
- Molte sono validate a livello internazionale
- Anche la scala più oggettiva, rischia talvolta di essere soggettiva! (dipende dall’esperienza dell’esaminatore, dalla sua “predisposizione” alla cura, dalla sua professionalità, da “cosa vuol sentirsi dire il paziente”)
- Vanno correttamente inserite nel trattamento riabilitativo
- Sono solo uno strumento “tecnico” nelle mani del riabilitatore
- Integrano l’osservazione e le restanti valutazioni

Le scale permettono di misurare l’Articolarità (ROM), la Forza (MRS), il Dolore (VAS), la Qualità della vita (HAQ, QOL), la Fatica, l’Autonomia nelle attività di vita quotidiana (FIM, Barthel Index). Vi sono poi scale specifiche per la mano (valutano prensione, destrezza, motricità fine, velocità...).

Prima di scendere nel dettaglio occorre ricordare a cosa serve l’ESERCIZIO FISICO:

- Se svolto regolarmente riduce il senso di fatica, aumenta la mobilità articolare, il trofismo muscolare e quindi la forza
- Nutre le articolazioni, lubrificando le cartilagini, regolando lo sviluppo corretto delle superfici articolari delle ossa, distendendo e rendendo elastici capsule e legamenti
- I muscoli allenati e resistenti proteggono le articolazioni aumentandone la stabilità ed assorbendone gli urti
- E’ dimostrata la riduzione della sensazione del dolore dopo 2-3 mesi di attività fisica regolare

Il trattamento Riabilitativo va modulato nelle diverse fasi della malattia; in particolare nella FASE ACUTA assumono importanza:

- Il riposo funzionale
- L'attenzione ad evitare posizioni fisse nel letto o in postura seduta (rischi di decubiti specie nei pazienti più anziani con ridotta mobilità, o in quelli con patologie associate con cardiopatie, diabete, ecc.)
- Le mobilizzazioni passive in rilasciamento degli arti (senza forzare!)
- La fisioterapia respiratoria (l'eccessivo allettamento favorisce la cosiddetta "sindrome da decondizionamento" con ridotta funzionalità di organi e apparati)

Nella FASE SUBACUTA si adottano:

- Metodiche di rilassamento (biofeedback, training autogeno)
- Ginnastica dolce (eutonia di Alexander, metodo Feldenkrais)
- Terapie manuali distrettuali per contrastare le retrazioni mioarticolari (mobilizzazioni passive, attive assistite e contro-resistenza gradualmente aumentata, pompaggio, facilitazioni neuromuscolari, esercizi di rinforzo muscolare isometrici e isotonici)
- Tecniche globali come la rieducazione posturale
- Tecniche di massaggio (linfodrenaggio, manipolazioni della fascia, massaggio connettivale)
- Tecniche di riabilitazione in acqua
- Esercizi per favorire il ripristino della massa ossea potenzialmente ridotta dalla ridotta attività o dall'allettamento specie se prolungato
- Riabilitazione Respiratoria
- Eventuale temporanea o definitiva necessità di ortesi o, più in generale, di ausili per compensare/sostituire funzioni deficitarie
- SEMPRE: insegnamento, dove possibile, di esercizi di mantenimento articolare e muscolare a domicilio

Una puntualizzazione va fatta sui **PROBLEMI MUSCOLARI E OSTEOARTICOLARI**:

Nel LES l'interessamento articolare si manifesta con artralgie e/o con i segni dell'artrite, si localizza nelle sedi periarticolari infiammate e riguarda principalmente i tendini e i nervi (borsiti e capsuliti), per cattiva irrorazione sanguigna dovuta ad occlu-

sione di piccoli vasi.

Le artralgie sono per lo più diffuse, mentre l'artrite può essere mono o poliarticolare, prevalente a carico delle piccole articolazioni, dei polsi e delle ginocchia, con una distribuzione simmetrica nei 2/3 dei casi.

La degenerazione articolare può essere dovuta anche ai farmaci: dosi elevate di corticosteroidi ed immunosoppressori a lungo termine, essendo antiproliferativi, inibiscono sia la produzione delle molecole dannose sia di altre utili, per esempio alterando il metabolismo del calcio.

Frequente l'impegno muscolare: sintomi generali come l'astenia o mialgia e quadri specifici quali la miosite e la miopatia da farmaci.

Raramente possono verificarsi rotture tendinee, in particolari i tendini infrarotuleo e achilleo, spesso in concomitanza con una riaccensione della malattia.

Altro grave problema è l'**OSTEOPOROSI**, correlata anche al prolungato uso di cortisonici:

la ridotta massa ossea sia dell'osso corticale sia di quello trabecolare aumenta il rischio di fratture per traumi da bassa energia o addirittura spontanee, e di disabilità e perdita di autosufficienza. Fratture più frequenti: vertebre dorsali e lombari alte, coste, femore (maggior rischio per le donne in fase post-menopausale); non sono rare le fratture vertebrali "a grappolo", con cedimento di un corpo vertebrale anche per traumi minimi, seguito da altri cedimenti di altri metameri midollari nel giro di poco tempo.

L'insufficiente introito alimentare e la ridotta attività fisica di molti pazienti contribuiscono alla genesi dell'osteoporosi. La valutazione si effettua con la Densitometria ossea.

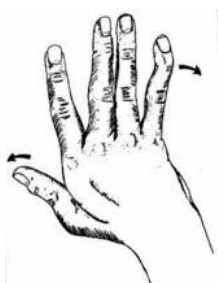
Il problema si affronta in diversi modi:

- Corretta alimentazione
- Farmaci antiosteoporotici, supplementazione di Calcio e Vitamina D3
- Revisione dello stile di vita (evitare fumo e alcool eccessivo), fare movimento, attività aerobica a basso impatto (es.: camminare e nuotare), aiutarsi con la gin-

nastica dolce e un corretto trattamento riabilitativo

Un aspetto importante da trattare è quello relativo all'ARTROPATIA DI JACCOUD che interessa la mano:

- Nel LES le mani vengono colpite in percentuale bassa (10-15%)



- Deformità molto simili all'AR, ma non dipendono da anchilosi
- Interessano il polso, il pollice e le metacarpo-falangee, con deviazione ulnare, mentre a livello delle interfalangee prossimali si presentano con deformità a "collo di cigno"
- Può provocare deformità articolari e sublussazioni
- All'inizio le deformità si possono correggere con le ortesi
- Si associano esercizi di mobilizzazione attiva e passiva
- Deve essere insegnata l'economia articolare
- Per le gravi deformità vi è l'intervento chirurgico

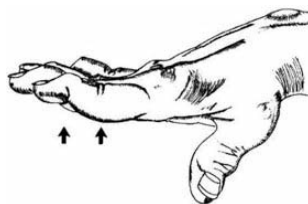
Vi sono problemi a livello del POLSO:

- Sinovite di polso con sublussazione dorsale dell'ulna
- Provoca dolore, instabilità e difficoltà alla prono-supinazione
- Facilità alla rottura dei tendini estensori delle dita
- Mettere a riposo il polso con un tutore statico confezionato su misura con polso in leggera estensione di circa 15° e in deviazione ulnare di 5°-10° e dita libere per le attività di vita quotidiana con effetti di riduzione stress su muscoli e legamenti, stabilizzazione del polso e riduzione del dolore
- Se chirurgia: riabilitazione post-chirurgica

per recuperare forza, articularità e funzionalità con associato uso di tutori

...delle METACARPO-FALANGEE:

- Progressiva perdita della capacità di estendere attivamente le dita
 - Rischio di sublussazione in deviazione ulnare
 - Trattamento conservativo con esercizi attivi e passivi per mantenere estensione dita
 - Correzione deviazione ulnare con tutori in materiale termoplastico da utilizzare di giorno
- ...delle INTERFALANGEE PROSSIMALI:
- Frequente la deformità "a collo di cigno" con iperestensione dell'interfalangea prossimale che rende impossibile la presa



- Correzione con tutori "a otto" in leggera flessione, da indossare molte ore al giorno, che consentono di flettere il dito impedendo l'iperestensione, migliorando la presa, la stabilità, la presa e la destrezza fine

...e del POLLICE:

- E' spesso il primo dito colpito dalla deformità
- Correzione con tutore statico su misura che stabilizzi l'articolazione metacarpo-falangea e la trapezio-metacarpale, lasciando libera la falange distale per garantire una buona gestualità
- In caso di intervento chirurgico di artrodesi si confeziona un tutore da indossare per 4-6 settimane

Vi è poi il danno potenziale legato ai PROBLEMI RESPIRATORI (resi ancora più gravi se associati a coronaropatia, altra possibile conseguenza del LES):

- I sintomi sono presenti in percentuale ridotta rispetto ai quadri clinici accertabili con esami radiologici, prove respiratorie, broncoscopia, biopsia

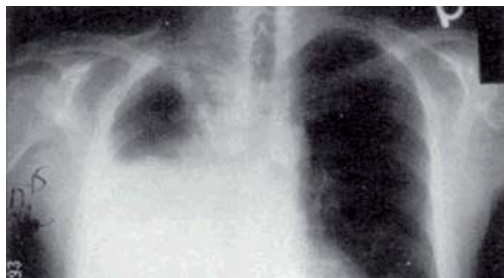
- I sintomi classici (tosse, dolore toracico, dispnea) sono aspecifici e raramente attribuiti al LES, specie se la diagnosi non è ancora stata posta
- Il motivo del coinvolgimento polmonare nel LES e nelle connettiviti sta nell'imponente ricambio ematico nel circolo polmonare e nell'estrema varietà di strutture vascolo-connettivali che possono essere coinvolte nella deposizione degli autoanticorpi tipici della malattia
- Inoltre molti farmaci utilizzati in terapia (in particolare *Methotrexate* e *Ciclofosfamide*) hanno tossicità diretta sul parenchima polmonare causando immunosoppressione, che può rendere più probabile una infezione delle vie respiratorie

Tra le forme più frequenti ricordiamo la Polmonite (più frequente quella interstiziale cronica con insufficienza ventilatoria restrittiva), la Pleurite (con o senza versamento - 50% dei pazienti) e la Fibrosi polmonare; tra quelle meno frequenti l'Emorragia alveolare diffusa, la Malattia trombo embolica, l'Ipertensione polmonare e la Sindrome del polmone ristretto con disfunzione diaframmatica (shrinking lung).

Cosa può fare la Riabilitazione:

In questi 2 casi ben poco in quanto il danno è già molto avanzato!

Altrimenti si utilizzano, anche mediante uso



di piccoli strumenti portatili utilizzabili a domicilio dal paziente stesso tramite insegnamento del terapeuta, tecniche di incentivazione fin dove è possibile (attenzione al quadro restrittivo!), attività aerobica per migliorare la compliance cardiorespiratoria, esercizi per il mantenimento della tosse, "allenamento" della muscolatura residua sia principale che accessoria, esercizi posturali, esercizi per gli arti superiori, disostruzione bronchiale se necessario....

Ricordiamo poi il vasto campo delle PROBLEMATICHIE NEUROLOGICHE presenti in percentuali variabili secondo la Letteratura (14-80%), possono manifestarsi singolarmente o in combinazione, in qualsiasi momento della storia clinica della malattia; più frequente è l'interessamento del SNC (malattie cerebrovascolari, mielopatie, disturbi cognitivi, ecc.) rispetto al Periferico (mono o polineuropatie, disturbi del Sistema Nervoso Autonomo, ecc.)

Accanto ai farmaci specifici la Riabilitazione interviene con la:

- RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA (tecniche diverse a seconda del quadro clinico: emiparesi, disturbi dell'equilibrio, mieliti, polineuropatia, paralisi del facciale...)
- RIEDUCAZIONE COGNITIVA (in relazione al danno: memoria, deficit attentivi, disorientamento...)
- RIEDUCAZIONE DEL LINGUAGGIO E DELLA DEGLUTIZIONE se presenti
- TERAPIA OCCUPAZIONALE per il recupero delle autonomie

Un cenno va fatto sulle cosiddette TERAPIE COMPLEMENTARI (talvolta inserite nei programmi riabilitativi); sono in corso diversi studi sulla loro efficacia; occorre sempre chiedersi se sono davvero sicure, efficaci e quanto costano.

Questo è solo un parziale elenco trovato in Letteratura:

- Agopuntura
- Moxibustione
- Omeopatia
- Fitoterapia
- Yoga
- Reiki (Rei+Ki=Energia universale+Forza vitale)

- Medicina tradizionale Cinese (riequilibrio Yin e Yang)
- Terapia del respiro
- Fiori di Bach
- Reflexologia plantare
- Diete speciali
- Qi-Gong e Tai-Chi
-

Nella Riabilitazione del LES, e più in generale di tutte le Malattie Reumatologiche, assume poi fondamentale importanza l'ECONOMIA ARTICOLARE, definita da Lucien Simon nel 1973 come: *"l'insieme dei mezzi che permettono da una parte di superare gli ostacoli che si presentano ad ogni istante e dall'altra di diminuire i movimenti obbligati per prevenire o rallentare i deterioramenti articolari"*.

L'Economia Articolare nasce da alcune osservazioni:

- La vita quotidiana è un susseguirsi di ostacoli da dover superare
- Il sovraccarico articolare che si manifesta in occasione dei più semplici, usuali e ripetitivi gesti, è un fattore di comparsa e di aggravamento delle deformazioni
- La stancabilità, sintomo caratteristico di molti pazienti con malattie reumatiche, può essere ridotta con un corretto uso delle articolazioni e dei relativi muscoli
- Deve essere indispensabile inserita nei programmi terapeutico-riabilitativi
- Ancora oggi è molto trascurata sia perchè richiede notevole dispendio di tempo, sia perchè non è ancora ampiamente conosciuto il vantaggio che acquisisce il paziente
- Per ogni paziente occorrerà un'informazione chiara, dettagliata e soprattutto univoca, di tutte quelle modalità che riducono il carico articolare
- Va sempre preceduta da un corretto ed accurato bilancio delle attività quotidiane, confrontan-

do il paziente con la propria realtà, in modo da comprendere qual è il disturbo funzionale che egli incontra

- Non occorre perfezionare i gesti, ma imparare ad eseguirli correttamente, in modo sicuro e con il minor dispendio di energia
- E' altrettanto utile conoscere il suo ambiente di vita per proporre modifiche atte a migliorare la sua qualità di vita

Il paziente va quindi educato a:

- Usare quando è possibile le articolazioni più forti
- Distribuire il carico su più distretti articolari
- Usare ogni articolazione nella sua posizione di maggior stabilità e funzionalità
- Non usare eccessiva forza nell'eseguire un lavoro
- Mantenere la mobilità articolare
- Evitare un'attività eccessiva
- Alternare il riposo con il movimento
- Utilizzare ausili e tutori quando necessario

Quindi, a seconda delle diverse fasi della malattia, e se non si riesce ad eliminare la situazione di stress sulle articolazioni malate, e risulta impossibile garantire la conservazione delle funzioni articolari occorre ricorrere a:

- AUSILI (tutori, calzature, plantari, busti, per le attività di vita quotidiana)
- ORTESI (splint statici e dinamici)
- ECONOMIA ARTICOLARE
- MODIFICHE DELL'AMBIENTE DI VITA



...con altri ausili...



...e con l'economia articolare



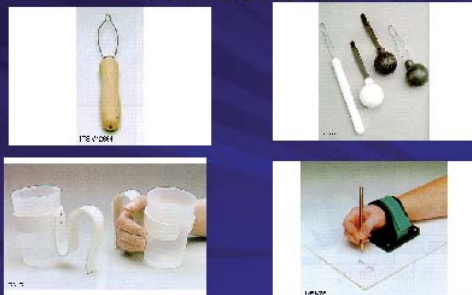
Grande importanza assume poi la Terapia Occupazionale, disciplina che promuove la salute e il benessere attraverso l'occupazione. Consiste nel dirigere la risposta dell'individuo verso attività selezionate, ponendosi lo scopo del reinserimento familiare o lavorativo della persona, la prevenzione delle disabilità e il miglioramento della partecipazione del soggetto alle attività di vita quotidiana.

Tramite la Terapia Occupazionale la persona che ha delle limitazioni fisiche, sensoriali e sensitive può imparare come semplificare le attività che fanno parte della routine quotidiana.

Nel suo intervento il Terapista Occupazionale darà suggerimenti anche su come modificare l'arredamento della casa o la sua struttura e proporrà soluzioni talvolta davvero semplici per eseguire in modo

“energeticamente” corretto, cioè in modo funzionale ma col minor sforzo articolare, le comuni attività di vita quotidiana (vestirsi, stirare, aprire barattoli, portare borse, utilizzare le posate, versare liquidi, aprire una serratura, usare forbici, penne per scrivere, ago e filo, ecc.).

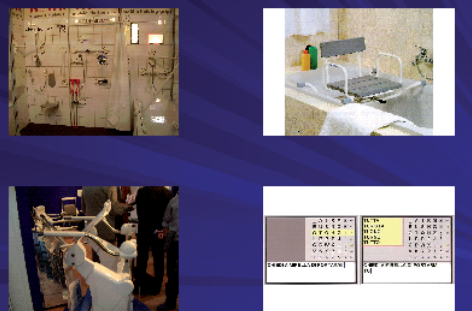
...la Terapia Occupazionale...questa sconosciuta!



...la Terapia Occupazionale...questa sconosciuta!

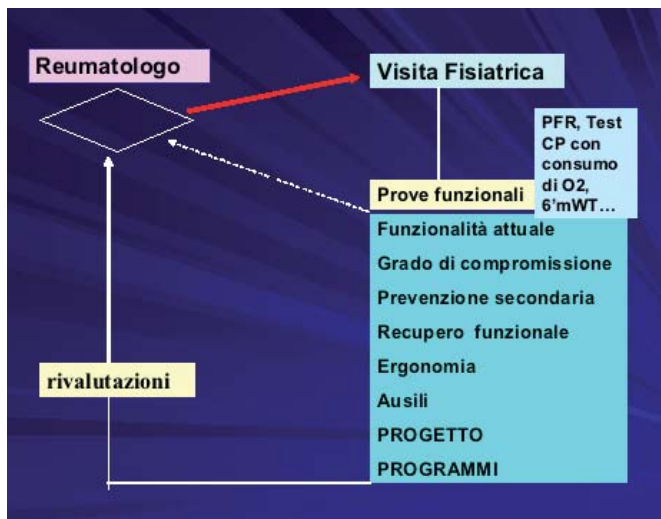


...la Terapia Occupazionale...questa sconosciuta



Presso le Unità Operative di Riabilitazione degli Ospedali di Piacenza e Borgonovo abbiamo strutturato un percorso facilitante la presa in carico del paziente reumatologico:

- Di evitare il CUP (per evitare code, tempi d'attesa, etc.)
- La personalizzazione dell'accesso secondo necessità del paziente
- Un percorso privilegiato
- Una presa in carico riabilitativa globale



L'accesso diretto dall'ambulatorio o dal DH reumatologico permette:

ai bisogni dei pazienti, in stretta collaborazione con gli altri colleghi specialisti.

- Le prescrizioni di eventuali ausili necessari senza ulteriori passaggi
 - Il mantenimento del contatto con il reumatologo inviante, gli altri specialisti del settore e il medico curante.
- La nostra équipe è composta da fisiatra, fisioterapista e terapeuta occupazionale, con l'intervento, se necessario in caso di problemi cognitivi causa interessamento neurologico, anche di una neuropsicologa e una logopedista. Tutto questo per migliorare velocità di presa in carico e ottimizzazione delle risposte

Bibliografia essenziale: S.Todisco, P.F.Gambari: "Malattie Reumatiche" ed. McGraw-Hill, 1998; T.Nava: "La riabilitazione integrata delle malattie reumatiche" ed. Masson, 2006; L.Simon, M.Brun, G.Houlez: "Artrite reumatoide ed economia articolare"; M.Vadacca et al.: "Il Lupus neuropsichiatrico" Reumatismo, 2006; 58 (3):177-186; M.Giovannini: "Interessamento polmonare nel LES" ICARO n. 45 Mag. 2005; G.Passeri: "LES ed osteoporosi da glucocorticoidi", ICARO n. 43 Nov. 2004; I.Johnson, L.Rose: "Lo splint ed il bendaggio funzionale nella riabilitazione della mano" presentato al Convegno su: La mano reumatica ed occupazionale: le protezioni articolari ed il risparmio energetico, Milano 24/11/2006.

"Cercasi urgentemente lupacchiotte/i che hanno adottato bambini/e in Ucraina" per scambio di informazioni.

Potrete contattarmi al nr. 366-2555817

Spero di poter condividere presto le nostre esperienze.

Sabry

Notizie dai Gruppi Regionali

Gruppo LES Emilia Romagna
Gruppo LES Firenze e Toscana
Gruppo LES Genova e Liguria
Gruppo LES Milano e Lombardia
Gruppo LES Piemonte
Gruppo LES Roma e Lazio
Gruppo LES Sicilia
Notizie dalla Basilicata
Notizie dalla Calabria
Notizie dalla Puglia
Notizie dalla Sardegna
Notizie dal Triveneto



e dal mondo...



**LUPUS
EUROPE**

GRUPPO LES EMILIA ROMAGNA

http://www.lupus-italy.org/emilia_romagna

LE VIOLETTE A PARMA

Il 11 ottobre 2009: inizia la nostra giornata per le offerte delle violette e per la sensibilizzazione riguardante il L.E.S.

È una bella giornata d'autunno con un sole, per fortuna, ancora caldo, il banchetto viene allestito con tutto il materiale informativo, con i vari Icaro e con tanti palloncini colorati.

A Parma, in centro città, dove abbiamo collocato il banchetto non c'è molta gente che passeggia, peccato, negli anni scorsi ne abbiamo visto molta di più.

Al mattino si fermano persone che hanno letto della nostra presenza, scelgono la violetta, ricevono il materiale, scambiamo due chiacchiere e poi ci salutano..

Al pomeriggio arrivano altre persone soprattutto ragazze giovani che hanno i nostri stessi problemi, parliamo, ci chiedono alcune informazioni, noi cerchiamo di aiutarle nei loro dubbi, scelgono le violette che preferiscono e ci salutano.

Una ragazza accompagnata dalla mamma ci chiede se l'anno prossimo saremo sempre qui, sicuramente; ormai abbiamo il nostro posto fisso da anni e noi tutte volontarie ci troviamo bene e trascorriamo un bel giorno in compagnia.

Ormai sono sette anni che organizziamo il banchetto e in questi anni abbiamo incontrato veramente tante persone.

Ogni volta arrivano ragazze e signore nuove ma anche vecchie conoscenze che non mancano mai di portare un'offerta e che credono come noi in quello che facciamo.

Un saluto affettuoso a tutte le mie amiche volontarie e a tutte le persone che ci hanno sostenuto, arrivederci all'anno prossimo e mi raccomando noi saremo sempre qui e vi aspetteremo, arrivate in tante e portateci le vostre esperienze da condividere insieme.

Ciao.

Ilaria Carretta.



Le Violette a...

...PIACENZA

BORGONOVO Val Tidone

S. ANTONIO

A Piacenza e a S. Antonio a Trebbia una dolce domenica di inizio ottobre ci ha visto “appostati” con le nostre variopinte Violette africane “Santa Paola” in punti strategici. Nonostante la ormai collaudata esperienza, abbiamo avuto la soddisfazione di poter spiegare brevemente di che malattia si tratta (le informazioni non sono mai troppe...) e di veder finire i vasetti in poche ore. Come sempre, bimbi all’assalto di palloncini colorati.



Il nostro gruppo di S. Antonio, come si vede dalla foto, è formata da giovani e giovanissimi sostenitori... è bello sapere che le nuove generazioni partecipano e sono sensibili a queste iniziative.



La Chiesa del Preziosissimo Sangue di Piacenza, ci ha ospitato davanti al sagrato, ed il giovane sacerdote è passato per un breve saluto e posando con noi per una foto ricordo. La tranquillità della domenica mattina ha favorito le offerte.

Lunedì invece, il tempo è stato meno clemente a Borgonovo.

Pioggia, grandine e vento autunnale tra i banchi del mercato settimanale comunque abbastanza gremito. Offerta finale presso il reparto ospedaliero di Borgonovo, Struttura per Riabilitazione dove opera il Dott. Roberto ANTENUCCI e i suoi collaboratori ed abbiamo finito le violette.

Insomma anche quest'anno bilancio più che positivo, addirittura si è dovuto procurare altri fiori già "prenotati" dai sostenitori.



Nella foto Giuseppina Politi con il Dott. Roberto Antenucci (di cui leggerete ancora in questo numero di Icaro) e parte del suo staff, attivo nella Riabilitazione presso l'Ospedale di Borgonovo, con le ultime violette rimaste.

PROSSIMI APPUNTAMENTI:

26 FEBBRAIO 2010

In occasione della GIORNATA EUROPEA delle MALATTIE RARE, STAND davanti all'ingresso dell'Ospedale Maggiore di PARMA in Via Gramsci 14 per distribuzione materiale informativo

26 MARZO 2010 - ORE 15

INCONTRO Medici-Pazienti sul tema "IL TRAPIANTO di MIDOLLO nelle PATOLOGIE AUTOIMMUNI", interverrà la Prof.ssa Marcellina MANGONI Responsabile Trapianti di Midollo e Cellule Staminali Emopoietochine;

7 MAGGIO 2010 - ORE 15

INCONTRO Medici-Pazienti sul tema "INSONNIA (I principali disturbi del sonno)", Interverrà il Prof. Mario Giovanni TERZANO Direttore U.O. Neurologia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - CENTRO del SONNO

Gli incontri si terranno presso la Sala Riunioni del Dipartimento di Clinica Medica e Nefrologia e Sc. Prevenzione (piano terra) 2° traversa interna dell'Azienda Ospedaliera di PARMA - Via Gramsci, 14

LE VIOLETTE A RAVENNA

La domenica 4 ottobre è stata una splendida giornata di sole che ci ha accompagnati nella nostra maratona.

L'esperienza degli anni precedenti ha contribuito ad organizzarmi al meglio ed anche quest'anno c'è stata una grande partecipazione da parte dei miei concittadini: sono state davvero tante le persone interessate a questa patologia, perché già affette o semplicemente per saperne di più.



Voglio ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutata cominciando da mio marito Antonio, mia figlia Desirèe, mia nipote Lucia, mia sorella Marta, gli amici Roberto sua moglie Simona e la sig.ra Adriana.

Ringrazio anche le dipendenti del Conad la Fontana e del centro estetico Roma 200 che si sono attivati nella distribuzione dei palloncini che hanno richiamato tanti bambini abbellendo e rallegrando tutta la piazza.

Voglio inoltre ringraziare particolarmente il sig. Ugo Zaccarini e suo figlio GianLuca manager della ditta RAM POWER per averci fornito la bombola di elio.

Distinti saluti
Laura Sciancalepore



PARMA: UNA REALTÀ E UN PROGETTO

A cura di Tiziana Botti

La nostra Associazione che ormai ha più di vent' anni, è nata a Piacenza ma ha "mosso i primi passi" a Parma. Se Giuseppina Politi ne è stata un po' la madre, il Prof. Pier Paolo Dall'Aglio, direttore del Struttura complessa del Dipartimento Medico polispecialistico I, ne è stato certamente la "levatrice". Senza di lui e i suoi pacati incoraggiamenti, forse non sarebbe mai partita questa avventura, che ha sempre tratto la sua forza dal desiderio che gli altri, che avevano la nostra stessa malattia, non dovessero



affrontare le nostre stesse difficoltà, le nostre rinunce.

Nella nostra regione sono numerosi gli esempi di eccellenza in campo medico, spesso qui, la qualità e la quantità di cure prestate dal servizio sanitario pubblico è di livello elevato, tanto è vero che in silenzio e senza clamore, qui affluiscono pazienti da ogni parte d'Italia, che volentieri si sobbarcano faticosi viaggi ma tranquilli sulla competenza del medico che troveranno.

Un paio di anni fa, è stato elaborato un interessante studio che prendeva in considerazione

l'importanza, nel Day hospital, della figura dell'infermiere laureato. La dott.ssa Giovanna Artioli la sottolineò nell'incontro medici-pazienti che si tenne a Parma nel 2007, in occasione del ventennale del Gruppo Italiano LES.

Nella Sua relazione la dott.ssa Artioli analizzava varie tematiche importanti per il paziente, che possono essere supportate da una figura come l'Infermiere laureato, nel ruolo di tramite tra il paziente, compresa la sua famiglia, e i vari specialisti coinvolti. Questo ruolo diventa di importanza fondamentale al momento della diagnosi: una frase tratta dalla relazione, sintetizza il concetto di crisi alla diagnosi di malattia cronica, quale è il LES: LA MALATTIA COME ROTTURA AUTOBIOGRAFICA. Ecco la necessità di una figura che "raccolga" in termini anche di ascolto psicologico, i cocci di questa rottura e aiuti ad attivare la consapevolezza di poter conoscere la malattia, per prevenirne le acutizzazioni e attivare poi le risorse e la responsabilità del paziente, nel gestirla. In pratica, un validissimo supporto anche per il medico specialista.

Un simile servizio sarebbe un valore aggiunto e speriamo che Parma possa, prima o poi dotarsene, completerebbe la qualità già alta di questo dipartimento, diventando di

fatto un vero e proprio modello di "buona sanità" per altri centri ospedalieri. Presentiamo, qui di seguito, lo staff che quotidianamente opera a Parma in vari settori della Medicina Internistica, compreso il LES e varie informazioni utili per il paziente.



CLINICA E IMMUNOLOGIA MEDICA

Struttura complessa
del dipartimento Medico polispecialistico I.

CHI SIAMO

Direttore: Pierpaolo Dall'Aglio

Caposala degenza: Marisa Di Martino

Caposala terapia intensiva: Andrea Battilocchi

Caposala day hospital: Paola Cudazzo

Dirigenti medici: Aderville Cabassi, Enrico Fiaccadori (resp. s.s. Terapia intensiva), Giovanni Garini, Giuseppe Regolisti, Nicoletta Ronda, Giorgio Savazzi

Dirigenti biologi: Roberto Albertini.



COSA FACCIAMO

Attività di assistenza per tutte le patologie internistiche, comprese le forme polipatologiche complesse; comprende al suo interno anche una struttura semplice di Terapia intensiva che svolge attività di assistenza per pazienti critici con insufficienza multiorgano acuta.

L'attività assistenziale viene erogata nel reparto di degenza ordinaria, in terapia intensiva, in day hospital e negli ambulatori. Viene inoltre svolta attività di consulenza per altri reparti dell'ospedale.

In **degenza ordinaria** sono trattate tutte le patologie internistiche, in particolare: cardio-circolatorie, respiratorie e renali, immunologiche e allergologiche.

In **terapia intensiva** viene svolta attività assistenziale per i pazienti affetti da patologie d'organo acute, con particolare riferimento a insufficienza renale acuta, insufficienza respiratoria acuta, insufficienza cardiocircolatoria, squilibri idroelettrolitici e acido-basici. La struttura è integrata nella rete ospedaliera delle terapie intensive e gestisce anche le urgenze nefrologiche (emodialisi per pazienti con insufficienza renale acuta o cronica) e le consulenze per gli altri reparti aziendali. In terapia intensiva vengono posizionati cateteri venosi centrali e drenaggi pleurici e peritoneali con assistenza ecografia. Afferisce a questa struttura l'ambulatorio di ecografia internistica e renale.

In **day hospital** sono seguiti in particolare, i pazienti con patologie autoimmuni (partecipazione alla rete Hub & Spoke per il lupus eritematoso sistemico), vasculiti e malattie rare che necessitano di assistenza continuativa e di periodici controlli.

Negli ambulatori di **allergologia e immunologia clinica** viene svolta attività diagnostica per i pazienti affetti da malattie su base immunitaria, patologie allergiche (respiratorie, alimentari e sistemiche) e intolleranze; viene eseguita immunoterapia specifica ed effettuato, come attività di prevenzione per le allergie stagionali, il monitoraggio della concentrazione atmosferica di pollini e micofiti.

Nell'ambulatorio del **centro ipertensione** viene svolta attività di diagnosi e terapia dell'ipertensione arteriosa (essenziale e secondaria) e delle patologie cardio-vascolari; viene eseguito il monitoraggio della pressione arteriosa nell'arco delle 24 ore e si effettuano esami di eco-cardiografia ed ecografia vascolare nel laboratorio di Fisiologia clinica.

Nel laboratorio di **fisiologia clinica**-ambulatorio di **cardiologia ed eco-cardiografia** vengono compiute indagini cardiologiche utilizzando l'eco-color doppler, la rilevazione continua ambulatoriale dell'elettrocardiogramma con sistema holter e l'elettrocardiogramma da sforzo.

Nell'ambulatorio di **ecografia internistica e renale** vengono eseguite le ecografie addominali e renali con valutazione della flussimetria renale.

Nella struttura si svolge attività didattica per gli insegnamenti relativi ai corsi di laurea in Medicina e chirurgia, Scienze infermieristiche, Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. La struttura è sede della scuola di specializzazione in Allergologia e immunologia clinica e del tutoraggio clinico degli specializzandi in medicina interna e medicina del lavoro. Si pratica attività di ricerca nel campo dell'ipertensione arteriosa e patologie cardio-vascolari, dell'insufficienza renale acuta e squilibri idrosalini, della nutrizione enterale e parenterale, delle vasculiti, delle malattie immunologiche e delle patologie allergiche e vengono organizzati congressi e corsi nazionali ed internazionali su queste patologie.

DOVE TELEFONARE

Segreteria: 0521.702128
 Degenza: 0521.702014
 Terapia intensiva: 0521.702015
 Day hospital: 0521.702126
 Centro ipertensione: 0521.702899
 Fisiologia clinica-amb. ecocardiografia: 0521.703997
 Amb. allergologia: 0521.702082 - 702128
 Amb. ecografia internistica e renale: 0521.703998
 Caposala degenza: 0521.702768
 Caposala terapia intensiva: 0521.702009

DOVE ANDARE

La Clinica e immunologia medica si trova al padiglione Nefrologia. La **terapia intensiva** è al 1° piano. La **degenza** ordinaria al 2° piano. Il **day hospital** al 3° piano. L'**ecografia internistica e renale** è al 1° piano con ingresso dal cortile laterale. Il **centro ipertensione** è al piano rialzato, con ingresso dal cortile laterale.

Il più vicino ingresso all'ospedale è da via Gramsci.

Gli **ambulatori di allergologia e immunologia clinica** si trovano al padiglione Farmacia, al 1° piano.

Il più vicino ingresso all'ospedale è da via Abbeveratoia.

RICOVERO

I ricoveri avvengono dal Pronto soccorso o per trasferimento da altri reparti. Per i ricoveri programmati l'accesso avviene (su lista d'attesa) per chiamata diretta dal reparto.

DAY HOSPITAL

Padiglione Nefrologia, 3° piano, tel. 0521.702126
L'attività di day hospital si svolge dal lunedì al venerdì, ore 8.00-15.00.

Giuseppina Politi, il Prof. Dall'Aglio e la Sig.ra Adonella Bondavalli, l'infermiera responsabile del day hospital di Parma



AMBULATORI

Gli ambulatori **centro ipertensione, ecografia internistica e renale, allergologia e immunologia clinica** sono aperti dal lunedì al venerdì, accesso con prenotazione Cup.

Fisiologia clinica-ecocardiografia: dal lunedì al venerdì, accesso con prenotazione da Medicina sportiva.